УДК: 616.61-001-036:616-02

Е.И. Смородина,¹ Д.В. Путинцев,²
А.А. Агеенко²ФГБОУ ВО Амурская ГМА
Минздрава России¹
г. БлаговещенскГАУЗ АО «Амурская областная
клиническая больница»²
г. Благовещенск**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ
ВИДОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ
ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ АМУРСКОЙ
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ г. БЛАГОВЕЩЕНСКА**

Цель и задачи исследования: сравнение отдалённых результатов при лечении программным гемодиализом, методом перитонеального диализа и трансплантации почки у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью.

Хроническая болезнь почки занимает среди хронических неинфекционных заболеваний особое место, поскольку она широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии. Заместительная почечная терапия (ЗПТ) — это комплекс мероприятий разнородных по своей структуре и основополагающим принципам, проводимых для поддержания жизни пациента с необратимо утраченными функциями собственных почек. В современной медицинской практике такие состояния называют терминальными заболеваниями почек или терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН). В свою очередь, под хронической болезнью почек (ХБП) понимают симптомокомплекс, развивающийся при двусторонних хронических заболеваниях почек вследствие постепенной необратимой гибели нефронов

Резюме В статье представлен анализ данных о пациентах с почечным трансплантатом в условиях АОКБ города Благовещенска. Установлены основные причины ТХПН и трансплантации почки. Произведен анализ выживаемости реципиентов почечного трансплантата по отношению к больным, получавшим заместительную терапию диализом. Отмечено, что на Дальнем Востоке АТП позволяет оказывать помощь пациентам из отдалённых районов, там, где невозможны другие виды ЗПТ.

Ключевые слова: трансплантация, хроническая почечная недостаточность, донор.

и характеризующийся нарушением гомеостатической функции почек. Критерием ХБП в узком смысле этого слова принято считать скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин., продолжительностью 3 месяца и более, а критерием ТХПН — скорость клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин. Несмотря на развитие новых методов диагностики и лечения, проблема торможения процессов прогрессирования хронической почечной недостаточности (ХПН) остается актуальной [5].

В связи с этим было проведено наблюдение за больными с ХБП разных стадий и степени выраженности с целью выявления прогрессирования почечной недостаточности и причин, способных ускорить или замедлить ее развитие. Под наблюдением находились 70 больных с различными стадиями ХБП: у 4 ХБП III стадии - 5,7%; у 7 - ХБП IV стадии, что составило 10% от общего числа исследуемых больных. У 84,3%, т.е. у большинства пациентов с ХПН, выявлена ХБП V стадии. Среди больных 46 мужчин (65,7% от общего числа больных) и 24 женщины (34,3%). Средний возраст больных - 46,5 лет; это значит, что ХБП страдает в основном трудоспособная категория населения. В результате проделанной работы выявили 4 группы больных с ХБП: впервые выявленные - 27 человек (38,6%), состоящих на гемодиализе 2 года - 18,6%, 3 года - 12,9 %, а также 5 лет и более - 30% больных соответственно. В данных группах под влиянием проводимой терапии отмечается постепенное снижение уровня мочевины, креатинина в сравнении с предыдущим годом. Во всех группах больных наблюдалась анемия, как осложнение, которая проявляет себя еще на ранних стадиях ХБП, нарастая по мере ее прогрессии. Доказано, что анемия ассоциируется с прогрессией ХБП (снижение гематокрита ниже 40% для мужчин и 35% для женщин повышает риск развития терминальной стадии ХПН), сопряжена с развитием сердечно-сосудистых осложнений, как на начальных стадиях ХБП, так и при развитии терминальной стадии на 46% и развития сердечной недостаточности на 28%, а также возникает у пациентов после трансплантации почки. Эффективность различных методов диализа влияет на качество и продолжительность жизни пациентов с терминальной стадией болезни почек.

Трансплантация почки является единственным радикальным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности, обеспечивающим наилучшие отдалённые результаты по сравнению с диализом, и, в частности, наиболее высокие показатели выживаемости больных и качества их жизни при наиболее низких затратах на лечение.

Пересадка почки показана пациентам с терминальной стадией почечной

недостаточности, состоянием, требующим постоянной заместительной почечной терапии – диализа (гемодиализа или перитонеального диализа). Почечный трансплантат может быть получен у живых родственных доноров или доноров-трупов. Основными критериями для подбора трансплантата является соответствие групп крови АВ0 (некоторые центры выполняют трансплантацию без учёта групповой принадлежности), аллелей HLA (как правило, A, B, Dr), примерное соответствие веса, возраста и пола донора и реципиента. Доноры не должны быть инфицированы трансмиссивными инфекциями (сифилис, ВИЧ, гепатит В, С). В настоящее время на фоне отмечающегося во всём мире дефицита донорских органов требования к донорам пересматриваются. Наиболее хорошие результаты достигаются при трансплантации почки от живых доноров, однако большинство пациентов с хронической почечной недостаточностью, особенно взрослых, не имеет достаточно молодых и здоровых родственников, способных отдать свой орган без ущерба для здоровья [1, 2, 4].

Одной из характерных черт ведения больных после пересадки почки является назначение иммунодепрессивного лечения, правильность проведения которого является залогом успешного исхода аллотрансплантации почки (АТП).

В результате динамического наблюдения больных после трансплантации почки в условиях Амурской областной клинической больницы были выявлены следующие показатели. За период с 1996 по 2018 год аллотрансплантация почки была выполнена 47 больным (Москва, Кемерово). При этом в живых – 43 человека. Хронический гломерулонефрит как причина ТХПН являлся у 79% больных, гипоплазия обеих почек – у 5%, другие аномалии развития почек – у 5%, СКВ – у 2%. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что 29% от числа больных составили мужчины, 71% –

женщины. Средний возраст пациентов 43 года. Показатели выживаемости больных с трансплантированной почкой составили в среднем 12 лет. Причинами летального исхода у больных в 2018 году являлись инфекционные осложнения (пневмония), онкологические заболевания и другие причины. Выживаемость реципиентов почечного трансплантата во все сроки наблюдения была достоверно выше, чем у больных, получавших заместительную терапию диализом, и через 5 лет составила 85% против 43% у пациентов, получающих терапию методом перитонеального диализа, и 57% – у больных, находящихся на программном гемодиализе. Как и в группе диализных больных прогностически неблагоприятным фактором был возраст пациентов на момент операции. Пятилетняя выживаемость реципиентов почечного трансплантата в группе больных моложе 50 лет составила 85% (24 случая), в то время как у реципиентов старшей возрастной группы этот показатель снижался до 73%. Выживаемость при ТП в обеих возрастных группах оказалась достоверно выше, чем у диализных больных в эти же сроки. Данные в Амурской области за 2018 год показывают, что количество пациентов, получавших лечение методом трансплантации почки, составило 6,87 на 100 тыс. населения, методом диализа (гемодиализ, перитонеальный) – 21,7 на 100 тыс. населения. В сравнение с общероссийскими показателями за 2018 год, на которые приходятся пациенты с трансплантированной почкой, – 5,8 на 100 тыс. населения, находящиеся на диализе – 24,5 на 100 тыс. населения.

Анализ эффективности разных видов диализной терапии в целом не выявил различий в отдаленных результатах лечения. Выживаемость за последние 5 лет составила на ГД – 76,9%, на ПД – 8,98%, на ТП – 2,3% от общего числа больных. Больные, пережившие 10 лет почечной терапии на ПД, составили 9,2%, ГД – 12,5%, ТП – 13,04%.

ANALYSIS OF EFFICIENCY OF DIFFERENT TYPES OF REPLACEMENT RENAL THERAPY IN THE CONDITIONS OF THE AMUR REGIONAL CLINICAL HOSPITAL IN BLAGOVESHCHENSK

E.I. Smorodina,¹ D.V. Putintsev,² A.A. Ageenko²

FSBEI HE the Amur state medical Academy of the Ministry of Public Health of Russia,¹ Blagoveshchensk; SAHI AR "Amur Regional Clinical Hospital",² Blagoveshchensk

Abstract Chronic kidney disease occupies a special place among chronic noncommunicable diseases because it is widespread, leads to deteriorating quality of life, has high mortality rate and there is a need to use expensive methods of renal replacement therapy in the terminal stage. The paper describes analysis of the patients who receive different methods of renal replacement therapy in the Amur Regional Clinical Hospital. Survival rates of patients, who received different methods of renal replacement therapy and recipients, who had organ transplantation, were analyzed. It was noted that kidney allotransplantation helps treat patients from distance area where another methods of renal replacement therapy are not available.

Key words: comparison of longterm results in the treatment by program hemodialysis (PHD), peritoneal dialysis (PD) and kidney transplantation in patients with endstage renal disease, chronic renal failure, donor.

DOI 10.22448/AMJ.2019.2.21-23

А.А. Григоренко,¹ Т.В. Заболотских,²
В.В. Войцеховский²

ГАУЗ АО «Амурский областной
онкологический диспансер»¹
г. Благовещенск

ФГБОУ ВО Амурская ГМА
Минздрава России²
г. Благовещенск

ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Патанатомия

Множественная миелома (ММ) – это лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин [7]. Как и для всех лимфатических опухолей, для ММ характерно развитие вторичного иммунодефицита. Синдром недостаточности антител является причиной повышенной склонности этих больных к бактериальным инфекциям, прежде всего, со стороны бронхолегочной системы [2, 5]. Наиболее часто у больных ММ развиваются пневмонии. Важным фактором, предрасполагающим к легочной локализации инфекционных процессов при ММ, служит патологоанатомическая основа для поражений легких, обозначенная О.В. Войно-Ясенецкой (1975) как легочно-альвеолярный парапротеиноз [6]. В основе легочно-альвеолярного парапротеиноза при ММ, по мнению О.В. Войно-Ясенецкой, лежит отложение амилоидоподобного вещества, заполнение части альвеол амилоидоподобными тельцами, «гиалиноз мембран». Первичным является поражение сосудов (прежде всего, капилляров) и межальвеолярных перегородок. Нарушение кровообращения ведет к дистрофии каркаса легких и эмфиземе, которая в дальнейшем приобретает компенсаторный характер в связи с «выключением» части альвеол, заполненных белково-полисахаридным веществом [6]. Восприимчивости этих больных к бронхолегочным инфекциям способствует так же специфическая миеломная плазмоклеточная инфильтрация, определенная Г.А. Алексеевым и Н.Е. Андреевой (1966) как «миеломное легкое» [1]. При длительном течении ММ наблюдается поражение органов дыхания с развитием серозитов. Рентгенологически при этом обнаруживаются гомогенные затемнения в легочной ткани, иногда – увеличение медиастинальных лимфатических узлов, а в плевральной полости – жидкость [3]. Опухоли ребер, вторично поражающие респираторный аппарат или сдавливающие соответствующие зоны легочной ткани, могут исходить из любого ребра, обычно разрушая его, при этом

На Дальнем Востоке АТП позволяет оказывать помощь пациентам из отдаленных районов, там, где невозможны другие виды ЗПТ. Трансплантация почки с точки зрения организации медицинской помощи признана оптимальным методом заместительной почечной терапии для жителей регионов с низкой плотностью, а также для населения небольших городов и сел. Такой подход является одним из наиболее рациональных, учитывая медико-социальные и экономические преимущества пересадки почки перед диализом [регистр Российского диализного общества за 1998-2003 г.].

Литература

1.Национальные клинические рекомендации «Трансплантация почки» 2013 год//№1 С. 8-18

2.Колсанов А. В., Харитонов Б. И., Иванова В. Д., Миронов А. А., Яремин Б. И., Юнусов Р. Р., Бардовский И. А. Вопросы трансплантации органов. Самара: ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России. 2008

3.Медицинская газета. «Конспект врача» //№ 57. 2011. С. 8-12

4.Трансплантация почки [Электронный ресурс]: https://www.medkurs.ru/osnovi_oper_tehniki/section599/section3361/38403.html

5.«Нефрология. Национальное руководство» Главный редактор акад. РАМН Н.А. Мухин Ответственный редактор В.В. Фомин Подготовлено под эгидой Научного общества нефрологов России и Ассоциации», М.: ГЭОТАР–МЕДИА, 2009. 720 с.

Статья поступила в редакцию 25.04.2019

Координаты для связи

Смородина Елена Ивановна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: smorandr2009@yandex.ru

Путинцев Дмитрий Владимирович, к.м.н., заведующий отделением нефрологии ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: 0403dvp@mail.ru

Агеенко Анастасия Анатольевна, врач отделения нефрологии ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: ageenko1974@yandex.ru

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: AmurSMA@AmurSMA.su, science.dep@AmurSMA.su

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»: 675027, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26.